

**Ш.С. Салимзянов (Набережные Челны).  
Случай успешного лечения больного с много-  
кратным желудочно-кишечным кровотечени-  
ем и тотальным жировым панкреонекрозом**

После резекции желудка по поводу пептизирующей язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) послеоперационный панкреатит встречается у 8,5—32,0% больных.

Г., 63 лет, поступил в хирургическое отделение 18.11.99 г. с жалобами на общую слабость, кратковременную потерю сознания, головокружение, черный стул. Из анамнеза установлено, что больной с 1957 г. страдает язвенной болезнью ДПК.

Состояние больного расценено как среднетяжелое. АД — 90/60 мм Нг, частота пульса — 100 уд. в 1 мин.

На экстренной ФГДС: язва задней стенки ДПК (0,7 × 0,8) с тромбом на дне, выраженная рубцовая деформация луковицы ДПК.

Анализ крови: Нб — 92 г/л, Нт — 31%, эр. —  $3,0 \times 10^{12}/л$ .

Начата консервативная терапия с динамическим наблюдением за состоянием больного. 19.11.99 г. появились признаки рецидива желудочно-кишечного кровотечения, и больной был взят в экстренном порядке в операционную. В связи с кровоточащей пептизирующей язвой луковицы ДПК в головку поджелудочной железы, рубцово-язвенной деформацией луковицы ДПК выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Витебского. После операции больной был переведен в реанимационное отделение для проведения интенсивных лечебных мероприятий.

21.11.99 г. отмечен рост активности амилазы сыворотки крови до 85,0 г × ч/л. Определилось вздутие живота. Начато внутривенное введение гордокса 200 тыс. ЕД 2 раза в сутки. Постепенно активность амилазы сыворотки крови снизилась до 28,8 г × ч/л. 24.11.99 г. больной был переведен в хирургическое отделение. 25.11. его состояние внезапно ухудшилось: возникла рвота с обильным количеством свежей крови, АД снизилось до 80/60 мм Нг, Нб — 67 г/л, Нт — 20%, эр. —  $1,9 \times 10^{12}/л$ .

На ФГДС — в желудке большое количество свежей крови, на задней его стенке определяется несколько острых кровоточащих язв. Больной был срочно взят в операционную.

Определен тотальный жировой некроз поджелудочной железы. При гастротомии обнаружены 3 острые кровоточащие язвы желудка, которые были прошиты. Кровотечение остановлено. Операция дополнена санацией и множественным дренированием

брюшной полости и малого сальника. Больного перевели на ИВЛ, интенсивное лечение осуществлялось в условиях реанимационного отделения. Улучшились показатели красной крови: Нб — 92 г/л, Нт — 30%, эр. —  $2,8 \times 10^{12}/л$ .

28.11.99 г. вновь появились признаки желудочно-кишечного кровотечения. АД упало до 60/40 мм Нг, показатели красной крови снизились: Нб — 60 г/л, Нт — 24%, эр. —  $1,8 \times 10^{12}/л$ . Больной был взят повторно в операционную по жизненным показаниям. При ревизии обнаружено, что имеется выраженный инфильтративно-спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости, в петлях кишечника выявлена кровь. С техническими трудностями мобилизованы культя желудка и ДПК. При гастротомии, после удаления сгустков крови обнаружены свежие эрозии и трещины желудка, которые были тщательно прошиты. Однако с учетом большого количества крови в желудке и петлях кишечника ревизия продолжена. Обнаружено поступление алой крови в желудок через гастроеюноанастомоз. Решено произвести ревизию культя ДПК. При дуоденотомии была обнаружена острая кровоточащая язва диаметром 0,6 × 0,7 на медиальной части нисходящего отдела ДПК. После прошивания кровоточащей язвы Z-образным швом кровотечение было остановлено. В корень брыжейки тонкой кишки введено 10 тыс. ЕД контрикала.

Послеоперационный период протекал очень тяжело. Больной длительное время находился на ИВЛ. Постепенно его состояние улучшилось. 07.12.99 г. он был снят с аппарата ИВЛ и 14.12. переведен в хирургическое отделение для продолжения интенсивного лечения. У больного образовался панкреатический свищ. Лечебные мероприятия нормализовали его состояние. 12.01.00 г. в удовлетворительном состоянии он был выписан на амбулаторное лечение.

Результаты гистологического исследования: хроническая язва, обострение, очаговая дисплазия средней степени.

Больной осмотрен через месяц — жалоб нет, панкреатический свищ закрылся.

**В.Ф. Оркин, И.Г. Грашкина, Н.Б. Захарова, В.А. Грашкин (Саратов). К патогенезу периорального дерматита**

Периоральный дерматит (ПД) — это заболевание кожи лица, которое характеризуется высыпанием нефолликулярных розовато-красных папул и единичных блестящих псевдопустул в периоральной и/или периорбитальной области. Встречается он преимущественно у женщин молодого и среднего